

BULLETIN D'ADHESION
Frais de santé
APICIL SANTE PROFIL'R +
Surcomplémentaire



Votre Conseiller	
D EVERLANGE CYRIL	
Code : 0031317	
N° de Tél : 04 72 41 78 32	
Cadre réservé à la gestion	

Document à nous retourner complété et signé à :

Groupe APICIL 38, rue François Peissel BP 99 - 69644 CALUIRE ET CUIRE Cedex

Nouvelle adhésion Modification d'adhésion

ENTREPRISE (à remplir par le souscripteur)

Raison Sociale : N° SIRET :
 Adresse du siège :
 Code postal : Ville:
 N° de tél. : E-mail :

L'ASSURE (à remplir par le salarié)

M. Mme N° Client (*) :
 Nom Marital : Prénom : Nom de jeune fille :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : E-Mail :

Marié Partenaire lié par un PACS Union libre
 Célibataire Veuf Divorcé Séparé

En cas de modification de l'adhésion suite au changement de situation familiale, merci de préciser le motif :

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts de MICILS - Mutuelle n°302 927 553 régie par le code de la Mutualité et de la notice d'information correspondante.

Je demande mon adhésion au contrat APICIL SANTE PROFIL'R Surcomplémentaire à partir du (date d'effet demandée) : /...../.....

La date d'effet sera le 1^{er} jour du mois souhaité et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de mon bulletin d'adhésion par vos services.

(*) Indiquer le numéro client figurant sur votre carte de tiers payant du régime de Base APICIL SANTE PROFIL'R.

VOTRE OFFRE SURCOMPLEMENTAIRE

En souscrivant l'offre APICIL SANTE PROFIL'R, votre entreprise vous a ouvert l'espace « Surcomplémentaire » APICIL SANTE PROFIL'R +

Votre entreprise a souscrit le régime de base Référence :

Collège : Ensemble du Personnel

Vous avez désormais accès aux niveaux de surcomplémentaires suivants :

INITIAL EQUILIBRE CONFORT

VOTRE CHOIX DE GARANTIES

IMPORTANT : Si vous avez adhéré à l'OPTION Renfort Collectif sélectionnée par votre entreprise (le cas échéant), vous ne pouvez pas adhérer à la surcomplémentaire APICIL SANTE PROFIL'R +

1 - Merci d'indiquer le nom du niveau retenu : INITIAL EQUILIBRE CONFORT

2 - Cochez les garanties que vous avez sélectionnées au titre de la surcomplémentaire :

Vous devez sélectionner au moins 1 des modules sur les 2 proposés, le Forfait Allocations + est optionnel

- « **Module Soins+** » (Postes Soins médicaux Courants, Pharmacie, Hospitalisation, Prévention et Maternité)
 « **Module Equipement+** » (Postes Optique, Dentaire et Appareillage)
 « **Forfait Allocations+** » (Poste Pack Allocations)

PERSONNES A GARANTIR

Les personnes à garantir sont les mêmes que celles couvertes par votre régime entreprise. Toutes les personnes couvertes sur votre régime collectif de base, et le cas échéant, sur APICIL SANTE PROFIL'R + Extension Famille, doivent également l'être sur votre surcomplémentaire.

PERSONNE A GARANTIR	NOM ET PRENOM	SEXE M/F	DATE DE NAISSANCE	REGIME OBLIGATOIRE		NUMERO SECURITE SOCIALE OU REGIME OBLIGATOIRE	COTISATION MENSUELLE(4) correspondant à l'âge atteint
				SS	TNS(1)		
ASSURE			__/__/____				% PMSS
CONJOINT (2)							% PMSS
1 ^{er} ENFANT							% PMSS
2 ^{eme} ENFANT							% PMSS
3 ^{eme} ENFANT(3)							GRATUIT
TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES SURCOMPLEMENTAIRES							% PMSS

- (1) : Travailleur Non salarié
 (2) : A défaut de conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un PACS
 (3) : Si plus de 3 enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre joint à votre bulletin d'adhésion
 (4) : Reportez-vous au document « Vos Cotisations »

IMPORTANT : Pour faciliter votre adhésion à la surcomplémentaire APICIL SANTE PROFIL'R +, vous devez joindre le document « Vos Cotisations APICIL SANTE PROFIL'R + Surcomplémentaire » à votre bulletin d'adhésion rempli.

PERIODICITE

- MODE DE PAIEMENT Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)
- Par prélèvement Annuel Semestriel
- Trimestriel Mensuel
- Date de Prélèvement Le 5 du mois Le 15 du mois

Je signe mon bulletin d'adhésion ; je l'envoie avec mon mandat de prélèvement SEPA et mon RIB ou mon chèque à l'ordre de MICILS ainsi que ceux de mes ayants droits de plus de 16 ans assurés par le présent contrat et de la copie de(s) attestation(s) accompagnant la carte vitale.

L'ASSURE
Date : __/__/____
Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)
Date : __/__/____
Signature :

MES ENFANTS DE PLUS DE 16 ANS
Date : __/__/____
Signature :

RENONCIATION

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours à compter de votre premier versement, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à Groupe APICIL - 38, rue François Peissel - BP 99 - 69644 CALUIRE ET CUIRE Cedex

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le Responsable de traitement est le Responsable du service de Gestion Contrats Individuels. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations, et sont destinées au Groupe APICIL, ses partenaires, prestataires et réassureurs.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous et vos bénéficiaires bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL - Service Relation Client, 38, rue François Peissel BP 99 - 69644 CALUIRE ET CUIRE Cedex.

